

Aprob Președinte al Consiliului de Administrație al IMSP SCMBCC <i>Poecleru Ludmila Bîrcă</i>		APROBAT Director IMSP SCMBCC <i>Ludmila BÎRCA</i> 
--	--	--

PLANUL
de acțiuni anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și siguranței pacienților
din cadrul IMSP SCMBCC

CHȘINĂU 2025

Nr d.o	Obiectivele de bază	Acțiuni și subacțiuni	Termen de realizare	Responsabilii	Indicator de realizare
1	2	3	4	5	6
1.	Elaborarea în baza Protocoalelor Clinice Naționale, a protocoalelor clinice instituționale și implementarea lor în practica medicală	1.1. Instituirea grupurilor de lucru pentru elaborarea PCI	După necesitate	Vicedirector Șef SMCSM	Numărul grupurilor de lucru pentru instituționalizarea PCN noi.
		1.2. Monitorizarea activității grupurilor de lucru în procesul de elaborare a Protocoalelor Clinice Instituționale .	Pe măsura instituirii grupurilor de lucru	SMCSM Membrii Consiliului Calității	Numărul ședințelor de lucru
		1.3 Organizarea examinării proiectelor Potocoalelor elaborate de către grupurile de lucru în cadrul ședințelor ordinare ale Consiliului Calității.	În decurs de 5 zile de la elaborarea proiectului de protocol	SMCSM	Numărul de PCI examinate la ședințele CC
		1.4 Organizarea plasării Protocoalelor elaborate și aprobate pe pagina WEB a IMSP SCMBCC, la rubrica activități.	În decurs de 5 zile de la aprobarea Protocolului respectiv	Serviciul IT	Numărul de PCI aprobate și plasate pe pagina web
		1.5 Monitorizarea utilizării Protocoalelor clinice instituționale și a Protocoalelor clinice la locul	Semestrial	SMCSM Membrii Consiliului Calității	Numărul de rapoarte de audit de implementare a PCI/Numărul de protocoale aprobate

		de lucru. Instruirea personalului responsabil.			
2.	Planificarea și realizarea auditului medical intern	2.1. Actualizarea Ordinului intern nr. 1 din 02.01.2016 „Cu privire la aprobarea Componentei, Regulamentului și Planului de activitate a Consiliului de audit medical intern al IMSP „SCMBCC”	Trimesrul I	Şef SMCSM Vicedirector, Şefii de secție Director	Ordin actualizat
		2.2 Stabilirea priorităților și a metodelor de Audit medical intern pentru anul 2025.	Trimestrul I	SMCSM	Subiecte de audit aprobate
		2.3 Efectuarea controalelor și cercetărilor de Audit medical intern planificate și inopinate.	Pe parcursul anului	SMCSM Şefi de echipe pe subiecte aparte	Numărul de rapoarte de audit efectuate
		2.4 Examinarea rezultatelor controalelor și cercetărilor de Audit medical intern în şedințele Consiliului Calității.	În decurs de 7 zile de la prezentarea raportului	SMCSM Şefi de echipe pe subiecte aparte, vicedirector medical	Procese verbale ale şedințelor CC
		2.5 Propuneri pentru Administrație pe marginea rapoartelor de audit efectuate	Pe parcursul anului	SMCSM	Propuneri prezentate
		2.6. Controlul executării deciziilor CC	Pe parcursul anului	Şef SMCSM	Decizii executate

3.	Elaborarea și implementarea în practică a Procedurilor Operaționale și a instrucțiunilor standardizate.	3.1 Elaborarea hărții proceselor. Elaborarea circuitelor funcționale	I trimestru 2025	Șef SMCSM Director Vicedirector medical	Harta proceselor și circuitele elaborate și aprobate
		3.2 Elaborarea Procedurilor operaționale și de sistem. Standardizarea proceselor.	Pe parcursul anului	SMCSM Șef de secție și departamente Asistente medicale superioare	Numărul de Proceduri operaționale și de sistem aprobate
		3.3 Implementarea în practică a Procedurilor operaționale și de sistem	Pe măsura elaborării și aprobării	Șef de secții și departamente Asistente medicale superioare	Numărul de Proceduri operaționale și de sistem implementate
		3.4 Controlul de executare a Procedurilor operaționale și de sistem	Pe parcursul anului, nu mai rar de o dată pe an	Șef SMCSM Membrii SMCSM	Numărul de rapoarte de audit de executare a POS și de sistem
4	Analiza utilizării preparatelor farmaceutice.	4.1. Evaluarea prezenței în Farmacia Spitalului/secții a tuturor preparatelor medicamentoase conform Formularului farmacoterapeutic al instituției.	Trimestrial	SMCSM Vicedirector Farmacist diriginte Asistente superioare	Procese verbale prezentate

		4.2. Analiza rezultatelor evaluării (identificarea lacunelor, evaluarea stocurilor)	Trimestrial	SMCSM Vicedirector Farmacist diriginte Asistente superioare	Numar de rapoarte
		4.3 Actualizarea formularului farmacoterapeutic	Anual	SMCSM Vicedirector Farmacist diriginte Şefi de secții Medici Asistente superioare	Formular farmacoterapeutic actualizat.
		4.4 Îmbunătățirea gestionării stocului	Trimestrial	SMCSM Vicedirector Farmacist diriginte Asistente superioare	Procese de reaprovizionare. Adoptarea sistemului de monitorizarea a stocului.
		4.5 Colaborarea interdepartamentală în procesul de gestionare a stocului de medicamente (secții, farmacie, contabilitate)	Trimestrial	Farmacist diriginte SMCSM Vicedirector Şefi de secție Asistente superioare	Procedură operațională privind procesul de gestionare a stocului de medicamente

					elaborată și implementată
5.	Implementarea sistemului de depistare, control și supraveghere a infecțiilor nosocomiale	5.1 Asigurarea controlului îndeplinirii prevederilor Ordinului MS din RM nr.749 din 11.09.2024 "Cu privire la supravegherea, prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistentei medicale" și a Ghidului pentru prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale în instituția prespitalicească.	Pe tot parcursul anului	SMCSM Medic epidemiolog Membrii comitetului Comitetul de control și supraveghere a infecțiilor asociate asistenței medicale	• Ordin implementat • Regulamente revizuite • Număr de instruiți personal • Fișe de post revizuite • Documente directive implementate în practică
		5.2 Elaborarea și/sau revizuirea Procedurilor Operaționale pentru Supravegherea și control IAAM .	Pe parcursul anului	Medic epidemiolog SMCSM Membrii comitetului Comitetul de control și supraveghere a infecțiilor asociate asistenței medicale	Număr de proceduri elaborate și /sau revizuite

		5.3. Revizuirea regulamentului de activitate și componenței comitetului PCI a instituției în conformitate cu noile prevederi legislative	Ianuarie - Februarie 2025	SMCSM, Medic epidemiolog Membrii comitetului PCI	Regulament revizuit
		5.4. Educație și formare în domeniul Supravegherii și controlului IAAM a personalului medical	Pe parcursul întregii perioade de implementare a planului	Vicedirector medical, SMCSM, Medic epidemiolog, Membrii comitetului PCI	Personal instruit, activități implementate

		5.5. Asigurarea funcționării sistemului de supraveghere epidemiologică a IAAM cu aprecierea operativă a situației epidemiologice și aplicarea măsurilor necesare.	Pe tot parcursul anului	Vicedirector medical, Șef SMCSM Medic epidemiolog, Membrii comitetului PCI	Deținerea informației privind situația IAAM
		5.6. Monitorizarea abordării multimodale a profilaxiei IAAM prin implementarea PO privind igienizarea mâinilor, managementul deșeurilor, utilizarea rațională a remediilor antibacteriene	Pe tot parcursul anului	Vicedirector medical, Medic epidemiolog Farmacist clinician Șefi de secție Asistentele medicale superioare din secții	Număr de instruiți , sesiuni

		5.7. Evaluarea și analiza indicatorilor de calitate a activității de prevenire și control a IAAM.	Pe tot parcursul anului	Vicedirector medical, Medic epidemiolog SMCSM	Reducerea ratei infecției, îmbunătățirea conformității.
6.	Implementarea standardelor internaționale (ISO) pentru laboratorul clinic diagnostic , imunologic.	6.1 Actualizarea și aprobarea procedurii generale Rezolvarea reclamațiilor și Asigurare calitate.	Ianuarie – Februarie 2025	Vicedirector Șef SMCSM Șef laboratorul clinic diagnostic Asistenta medicală superioară	Planul de măsuri de îmbunătățire realizat .
		6.2 Realizarea sondajului privind gradul de satisfacție a angajaților secției	Semestrial	Șef laboratorul clinic diagnostic Asistenta medicală superioară	Număr de rapoarte de evaluare a gradului de satisfacție realizate și analizate în secție.

		6.3 Actualizarea procedurilor operaționale/instrucțiunilor de lucru din cadrul secției	Lunar	Șef laboratorului clinic diagnostic Șef secție SMCSM Asistentă medicală șefă	Numărul de proceduri actualizate și aprobate
		6.4 Planificarea și realizarea auditului medical intern Secția Laboratorului clinic diagnostic, cu analiza rezultatelor și revizuirea detaliată a constatărilor auditului .	Februarie Martie 2025	Vicedirector Șef secție SMCSM Șef laboratorului clinic diagnostic Asistentă medicală șefă	Plan de audit medical intern elaborat și aprobat.
		6.5 Propuneri pentru Administrație pe marginea rapoartelor de audit efectuate	Pe parcursul anului	Șef SMCSM	Propuneri înaintate
		6.6 Controlul executării deciziilor CC	Pe parcursul anului	Șef SMCSM	Decizii executate
7.	Asigurarea implementării Ghidului de Etică și conduită profesională a IMSP SCMBCC elaborat și aprobat în 2023	7.1 Implementarea și desfășurarea de instruiți interne pentru personalul medical, axate pe înțelegerea și aplicarea principiilor de etică și conduită profesională.	Semestrial	SMCSM Șefii de secții Asistentele superioare	Numărul de sesiuni de instruire

		7.2. Monitorizarea respectării principiilor codului prin evaluări periodice	Semestrial	SMCSM Vicedirector Colaboratorii SMCSM	Număr de evaluări
		7.3. Discuțiile rezultatelor obținute în cadrul comitetului de Bioetică	Semestrial	SMCSM Vicedirector	Număr de procese verbale
		7.4 Evaluarea propunerilor si deciziilor Comitetului de Bioetică	Semestrial	SMCSM Vicedirector	Număr de decizii
		7.5 Controlul executării deciziilor Comitetului de Bioetică	Semestrial	Şef SMCSM Vicedirector	Decizii executate
8.	Activitatea Consiliului Calității	8.1 Actualizarea regulamentului de funcționare a CC	Ianuarie – Februarie 2025	SMCSM Vicedirector medical	Regulament actualizat
		8.2 Stabilirea Componenței Consiliului	Ianuarie – Februarie 2025	SMCSM Vicedirector medical	CC instituit
		8.3 Aprecierea obiectivelor și tematicii care va fi pusă în discuție în cadrul ședințelor CC.	Conform planului aprobat	SMCSM Vicedirector medical	Obiective aprobate

		8.4 Instituirea grupurilor de lucru	Conform planului aprobat	SMCSM Vicedirector medical	Numarul grupurilor de lucru
		8.5 Crearea instrumentelor de colectarea a datelor (anchete, rapoarte etc.)	Conform planului aprobat	SMCSM Vicedirector medical	Numărul obiectivelor aprobate
		8.6 Organizarea și desfășurarea analizei datelor.	Conform planului aprobat	Șef SMCSM Vicedirector medical	Analiza de date prezentate
		8.7 Examinarea raportului privind rezultatele analizei.	Conform planului aprobat	Șef SMCSM Vicedirector medical	Rapoartele prezentate
		8.8 Elaborarea planului de acțiuni în baza informației expuse în raport.	Conform planului aprobat	Șef SMCSM Vicedirector medical	Planul prezentat
		8.9 Monitorizarea executării planului de acțiuni.	Conform planului aprobat	Șef SMCSM Vicedirector medical	Evaluarea acțiunilor executate
9.	Managementul riscului	9.1 Revizuirea registrului riscurilor/listei riscurilor la nivel de instituție, pe subdiviziuni a nivelului de probabilitate și implicabilitate (pentru fiecare risc)	Pe tot parcursul anului	SMCSM Responsabil de managementul riscului Șefii de subdiviziuni	Registrul de riscuri revizuit și reactualizat, prezent în toate subdiviziunile/ completate.

		9.2 Evaluarea riscurilor și stabilirea nivelului de prioritate a riscurilor pentru aplicarea măsurilor preventive și corective	Pe tot parcursul anului	SMCSM Responsabil de managementul riscului Șefii de subdiviziuni	Număr de întâlniri pentru a lista toate riscurile probabile în cadrul instituției cu prioritizarea măsurilor pentru prevenirea lor.
		9.3 Elaborarea și implementarea planului de măsuri preventive și corective	Pe tot parcursul anului	SMCSM Director Vicedirector Responsabil de managementul riscului	Planul de măsuri preventive și corective, cu implementarea lui.
		9.4 Elaborarea și implementarea procedurilor documentate aferente managementului riscului infecțiilor asociate asistenței medicale (de ex: managementul deșeurilor, etc).	Pe tot parcursul anului	SMCSM Responsabil de managementul riscului Șefii de subdiviziuni	Număr de rapoarte/proceduri/standarte.
10.	Evaluarea gradului de satisfacție al pacienților.	10.1 Aprecierea obiectivelor sondajului și revizuirea anchetelor privind satisfacția pacienților	Cu 2-3 zile înainte de desfășurarea sondajului.	SMCSM	Proces verbal de revizuirea anchetei

		10.2 Implementarea sondajului privind gradul de satisfacție al pacienților prin e-mail și telefon	Semestrial, pe un număr de 100 de aparținători	SMCSM	Numărul sondajelor efectuate
		10.3 Organizarea și desfășurarea sondajului privind gradul de satisfacție al pacienților.	Semestrial	SMCSM	Numărul sondajelor efectuate
		10.4 Examinarea raportului privind rezultatele sondajului.	Semestrial	Șef SMCSM Colaboratorii SMCSM	Rapoarte prezentate
		10.5 Elaborarea planului de acțiuni în baza informației expuse în raport.	În decurs de 5 zile de la desfășurarea raportului	Șef SMCSM Colaboratorii SMCSM	Numărul de acțiuni
		10.6 Monitorizarea executării planului de acțiuni.	Semestrial	Șef SMCSM Colaboratorii SMCSM	Acțiuni executate
11.	Evaluarea gradului de satisfacție al angajaților instituției	11.1 Aprecierea obiectivelor sondajului .	Cu 2-3 zile înaintea desfășurării sondajului	Șef SMCSM Colaboratorii SMCSM	Proces verbal de revizuirea anchetei
		11.2 Organizarea și desfășurarea sondajului privind gradul de satisfacție al angajaților instituției.	Semestrial	Șef SMCSM Colaboratorii SMCSM	Numărul sondajelor efectuate

		11.3 Elaborarea și prezentarea raportului privind rezultatele sondajului.	Semestrial	Șef SMCSM Colaboratorii SMCSM	Rapoarte prezentate
		11.4 Elaborarea planului de acțiuni în urma examinării rapoartelor prezentate și prezentarea de propuneri Directorului.	În decurs de 5 zile de la desfășurarea raportului	Șef SMCSM Colaboratorii SMCSM	Numărul de acțiuni
		11.5 Aprobarea planului de acțiuni de către conducerea instituției.	În decurs de 5 zile de la prezentarea planului.	Directorul IMSP SCMBCC	Acțiuni aprobate
		11.6 Monitorizarea executării planului de acțiuni.	Semestrial.	Șef SMCSM Colaboratorii SMCSM	Procese verbale/rapoarte în urma monitorizării executării planului.
12.	Îmbunătățirea performanței personalului medical	12.1 Elaborarea planului de instruire externă și în cadrul instituției personal medical	Trimestrul IV	Șef resurse umane Vicedirector	Planul prezentat executat
		12.2 Organizarea instruirilor pentru personal medical în cadrul instituției / la locul de muncă	Conform planului aprobat	Vicedirector Asistent medical principal	Darea de seamă pe instruirii
		12.3 Participarea personalului medical în cadrul instruirilor externe.	Conform planului aprobat	Director Șef resurse umane	Numărul de instruirii (lista personalului)

13.	Implementarea recomandărilor Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate întru pregătirea pentru Acreditarea ordinară a SCMBCC decembrie 2025	13.1 Evaluarea situației actuale: Revizuire documentației, actualizarea și instituirea proceselor și procedurilor interne, conform standartelor de Evaluare și Acreditare.	Pe tot parcursul anului	Șef SMCSM Director Vicedirector Șefii de secție Asistente medicale superioare Șefii de subdiviziuni	Elaborarea proceselor
		13.2 Organizarea instruirii personalului .	Pe tot parcursul anului	Șef SMCSM Director Vicedirector Șefii de secție Asistente medicale superioare Șefii de subdiviziuni	Număr de instruirii
		13.3 Autoevaluarea în vederea acreditării instituției și asigurarea menținerii nivelului de conformitate obținut	Timestrul 2, luna septembrie 2025	SMCSM Director Vicedirector Șefii de secție	Rapoarte de autoevaluare prezentate

				Asistente medicale superioare Şefii de subdiviziuni	
		13.4 Examinarea rezultatelor controalelor şi cercetărilor de autoevaluare în şedinţele Consiliului Calităţii.	La 10 zile de la desfăşurarea auditului	Şef al SMCSM Director Vicedirector Şefi de echipe	Procese verbale ale şedinţelor CC
		13.5 Propuneri pentru administraţie	Trimestrul 3	Şef SMCSM	Propuneri prezentate
		13.6 Controlul executării deciziilor CC	Trimestrul 3	Şef SMCSM	Decizii executate
14.	Elaborarea şi implementarea planului de îmbunătăţire a calităţii pentru anul 2026	14.1 Elaborarea planului de îmbunătăţire a calităţii pentru anul de activitate 2026.	Luna decembrie a anului 2025	Şef SMCSM Colaboratorii SMCSM	Plan elaborat
		14.2 Aprobarea planului de acţiuni de către conducerea IMSP SCMBCC	În decurs de 7 zile de la prezentarea planului	Director IMSP SCMBCC	Plan aprobat
		14.3 Instruirea personalului responsabil cu privire la planul de îmbunătăţire a calităţii.	În decurs de două săptămâni de la aprobarea planului	SMCSM	Şedinţe de instruire

		14.4 Monitorizarea implementării planului de îmbunătățire a calității serviciilor medicale în cadrul IMSP SCMBCC	Trimestrial după aprobare	Director	Procese verbale efectuate ca urmare a monitorizării îndeplinirii planului
--	--	--	---------------------------	----------	---

* Subdiviziunea de Management al Calității Serviciilor Medicale – **SMCSM**

* Comitetul de control și supraveghere a infecțiilor asociate asistenței medicale – **comitetul PCI**

Șef Serviciul Managementul Calității Serviciilor Medicale

Viorica Hemei

